

liên quan có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ suy dinh dưỡng bệnh nhân.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H., Ferlay J., Siegel R.L., et al. (2021).** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*, **71(3)**, 209–249.
2. **Arends J., Baracos V., Bertz H., et al. (2017).** ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition. *Clin Nutr Edinb Scotl*, **36(5)**, 1187–1196.
3. **Nguyễn Thị Thanh (2017),** Thực trạng dinh dưỡng trước và sau phẫu thuật của bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại bệnh viện Bạch Mai và bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2016- 2017, Luận văn thạc sỹ, Đại Học Y Hà Nội.
4. **Đào Duy Tân, Võ Duy Long, and Lê Thị Hương (2021).** Tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại

bệnh viện đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp Chí Học Việt Nam*, **500(1)**, 252–256.

5. **Lê Thị Vân, Nguyễn Văn Quế, and La Văn Luân (2021).** Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa điều trị hóa chất tại trung tâm Ung bướu, bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên. *Tạp Chí Dược Học Cần Thơ*, **34**, 54–60.
6. **Cavagnari M.A.V., Silva T.D., Pereira M.A.H., et al. (2019).** Impact of genetic mutations and nutritional status on the survival of patients with colorectal cancer. *BMC Cancer*, **19**, 644.
7. **Gillis C., Richer L., Fenton T.R., et al. (2021).** Colorectal cancer patients with malnutrition suffer poor physical and mental health before surgery. *Surgery*, S0039-6060(21)00328–7.
8. **Phạm Thị Thanh Hoa (2019),** Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa có hóa trị tại Bệnh viện K năm 2018, Luận văn Thạc sĩ Dinh dưỡng, Đại Học Y Hà Nội, Đại Học Y Hà Nội.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TRIỆT ĐỂ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC VÀ MỐI TƯƠNG QUAN VỚI MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU BỆNH HỌC

Bùi Trung Nghĩa, Trịnh Hồng Sơn\*

### TÓM TẮT

Ung thư dạ dày đứng hàng đầu về tỷ lệ mắc và tử vong trong các bệnh lý ác tính. **Mục tiêu:** Đánh giá mối tương quan giữa kết quả phẫu thuật triệt để điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức với một số đặc điểm giải phẫu bệnh học. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu kết hợp tiền cứu mô tả trên 302 trường hợp ung thư dạ dày được phẫu thuật triệt để tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ năm 2014 tới năm 2018. **Kết quả:** Thời gian sống thêm trung bình là  $43.4 \pm 17.91$  tháng [10.3-82.6]. Tỷ lệ sống sau 1 năm, 3 năm và 5 năm tương ứng là 97%, 77% và 71%. Tỷ lệ sống 5 năm sau mổ theo giai đoạn bệnh 0, Ia, Ib, IIa, IIb, IIIa, IIIb và IIIc tương ứng là 100%, 96.7%, 92.2%, 93.2%, 74%, 48.4%, 31.2%, 25.9% ( $p < 0.001$ ). Theo số lượng hạch di căn N0, N1, N2, N3a và N3b tương ứng là 93.6%, 54.4%, 51%, 0% và 0% ( $p < 0.001$ ). Theo mức độ biệt hóa cao, vừa, kém, tế bào nhân tương ứng là 81.8%, 82.2%, 66.4% và 64.2% ( $p = 0.048$ ). Theo thành phần chế nhày: có và không tương ứng là 70.7% và 70.6% ( $p = 0.551$ ). Theo xâm lấn mạch, thần kinh, có và không tương ứng là 55.8% và 91.2% ( $p < 0.05$ ). Theo phân loại của Lauren, thể ruột và thể lan tỏa tương ứng là 72.7% và 69.1%

( $p = 0.32$ ). **Kết luận:** Giai đoạn bệnh, số hạch di căn, mức độ biệt hóa và xâm lấn mạch, thần kinh là các yếu tố nguy cơ đối với tỷ lệ sống thêm sau mổ trong khi sự có mặt của thành phần chế nhày và phân loại của Lauren không mang ý nghĩa tiên lượng đối với tỷ lệ này.

**Từ khóa:** ung thư dạ dày, thời gian sống thêm

### SUMMARY

#### LONG-TERM RESULTS OF CURATIVE GASTRECTOMY FOR CANCER AND RELATED CLINICOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS

Gastric cancer is among the most frequent and the most fatal among malignancies. **Aims:** Evaluate the correlations between longterm results of curative surgery in the treatment of gastric cancer at Viet Duc University Hospital and related pathological characteristics. **Patients and Methods:** Descriptive retrospective study on 302 gastric cancer patients underwent curative surgery at Viet Duc University Hospital from 2014 to 2018. **Results:** Average overall survival (OS) time was  $43.4 \pm 17.91$  months [10.3-82.6]. OS 1,3 and 5-year was 97%, 77% and 71%, respectively. OS 5-year according to disease stage: 0, Ia, Ib, IIa, IIb, IIIa, IIIb and IIIc was 100%, 96.7%, 92.2%, 93.2%, 74%, 48.4%, 31.2% and 25.9% ( $p < 0.001$ ), respectively. According to number of metastatic lymph nodes: N0, N1, N2, N3a and N3b was 93.6%, 54.4%, 51%, 0% and 0% ( $p < 0.001$ ), respectively. According to differentiation level: well, moderate, poor, ring-cell was 81.8%, 82.2%, 66.4% and 64.2% ( $p = 0.048$ ), respectively. According to the

\*Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Trung Nghĩa

Email: btngnhia84@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 6.8.2021

Ngày duyệt bài: 13.8.2021

presence of mucinous pattern: presence and absence was 70.7% and 70.6% ( $p=0.551$ ), respectively. According to lymphovascular invasion: presence and absence was 55.8% and 91.2% ( $p<0.05$ ), respectively. According to Lauren classification: intestinal and diffuse type was 72.7% and 69.1% ( $p=0.32$ ), respectively. **Conclusion:** Disease staging, number of metastatic lymph nodes, differentiation level and lymphovascular invasion significantly associated with overall survival rate while the presence of mucinous pattern and Lauren classification were not prognostic factors.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Ung thư dạ dày đứng thứ năm trong những bệnh lý ác tính phổ biến nhất cũng là nguyên nhân tử vong do ung thư đứng thứ tư trên thế giới theo GLOBOCAN 2020. Tỷ lệ sống sau 5 năm tại Hoa Kỳ là 32% cho tất cả các giai đoạn và 70% đối với giai đoạn sớm (khu trú tại chỗ) [1]. Còn tại Nhật Bản, tỷ lệ sống sau 5 năm sau phẫu thuật triệt để điều trị ung thư dạ dày là 94.9%, trong đó, có sự khác biệt rõ rệt giữa các giai đoạn từ IA (99.1%) tới IIIB (38.1%) [2]. Tại Việt Nam, so với các báo cáo của Đỗ Đức Vân năm 1993 [3] với tỷ lệ sống thêm 5 năm sau mổ là 18% hay của Trịnh Hồng Sơn năm 1998 với tỷ lệ sống thêm 22 tháng sau mổ là 25% [4] thì kết quả sống thêm sau mổ đã có tăng trưởng đáng kể, thậm chí lên tới 92% với nhóm ung thư dạ dày sớm. Để có đánh giá rõ hơn về hiệu quả điều trị phẫu thuật đối với ung thư dạ dày và một số yếu tố ảnh hưởng về mô bệnh học, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích: *Đánh giá mối tương quan giữa kết quả phẫu thuật triệt để điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức với một số đặc điểm giải phẫu bệnh học.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**1. Đối tượng:** 302 trường hợp ung thư biểu mô tuyến của dạ dày được phẫu thuật triệt để tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ năm

**3.1. Giai đoạn bệnh theo TNM:**

**Biểu đồ 1: Tỷ lệ sống thêm theo giai đoạn bệnh**

		OS 1	OS 3	OS 5
Giai đoạn	0	100%	100%	100%
	Ia	100%	100%	96.7%
	Ib	100%	96.6%	92.2%
	IIa	97.6%	97.6%	93.2%
	IIb	100%	80.9%	74%
	IIa	97.4%	60.6%	48.4%
	IIIb	93.3%	48.2%	31.2%
	IIIc	88.9%	25.9%	25.9%
$p < 0.001$				

01/01/2014 tới 31/12/2018

**Tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu:**

- Chẩn đoán mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến của dạ dày
- Phẫu thuật đạt tiêu chuẩn được coi là triệt để là phẫu thuật cắt đoạn hoặc cắt toàn bộ dạ dày cùng toàn bộ tổn thương u kèm theo nạo vét hạch tiêu chuẩn D2 trở lên với diện cắt trên, dưới sạch
- Đầy đủ hồ sơ bệnh án và thông tin liên lạc và khám lại định kỳ theo hẹn

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Người bệnh tử vong do nguyên nhân khác ngoài ung thư tiến triển
- Tiền sử hoặc mắc mới một loại ung thư khác trong quá trình theo dõi

**2. Phương pháp nghiên cứu:**

**Thiết kế:** Hồi cứu mô tả, có theo dõi dọc. Thời điểm kết thúc là 31/12/2020.

**Dữ liệu:** Các đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu tại thời điểm phẫu thuật, kết quả giải phẫu bệnh, cách thức mổ, tình trạng hiện tại: sống không bệnh/ tái phát/ chết, nguyên nhân tử vong.

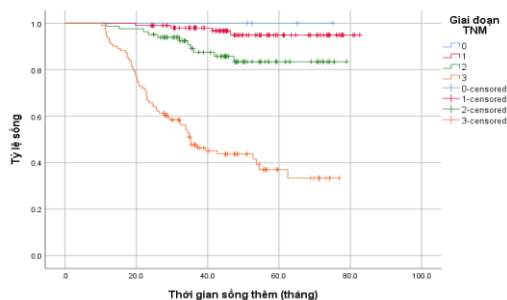
**Phân tích:** Số liệu được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 20.0 với các thuật toán thống kê thể hiện dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn... Thời gian sống thêm được tính bằng ước lượng thời gian theo sự kiện của Kaplan-Meier và sử dụng test Log-rank để so sánh. Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p<0.05$ .

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu:** Tuổi trung bình:  $59.4 \pm 11.43$  [27-88]. Nam chiếm 73.3% (222/302).

**2. Thời gian sống thêm toàn bộ** trung bình (tháng) là  $43.4 \pm 17.91$  [10.3-82.6]. Tỷ lệ sống sau 1 năm, 3 năm và 5 năm tương ứng là 97%, 77% và 71%.

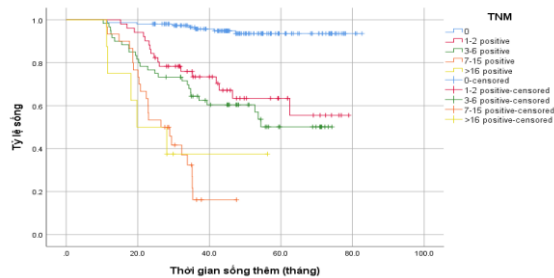
**3. Một số yếu tố ảnh hưởng**



**3.2. Số hạch di căn:** Số hạch nạo vét được trung bình là  $17.7 \pm 9.85$  [1-54] hạch, trong đó có trung bình  $2.6 \pm 4.39$  [0-28] hạch có ung thư di căn.

**Biểu đồ 2: Tỷ lệ sống thêm theo số hạch di căn**

		OS 1	OS 3	OS 5
N	0	98.7%	96.6%	93.6%
	1	100%	72%	54.4%
	2	96.6%	65.5%	51.0%
	3a	93.3%	16.2%	0%
	3b	75%	37.5%	0%
p < 0.05				
OR		1.18 [CI95% 1.09-1.278]		p = 0.000

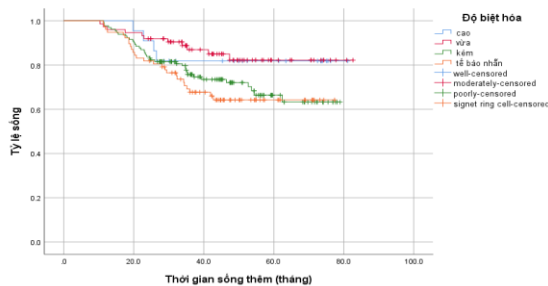


Cứ mỗi hạch di căn tăng lên thì nguy cơ tử vong tăng lên 1.18 lần.

**3.3 Mức độ biệt hóa:**

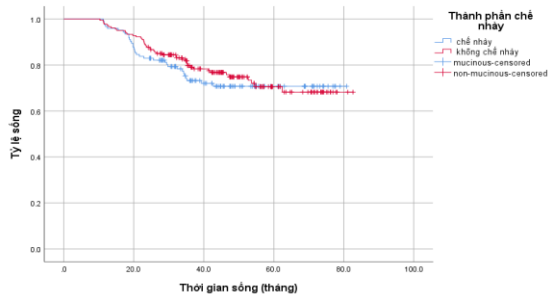
**Biểu đồ 3: Tỷ lệ sống thêm theo mức độ biệt hóa**

Biệt hóa	OS 1	OS 3	OS 5	
Cao	100%	81.8%	81.8%	
Vừa	97.3%	86.9%	82.2%	
Kém	97.7%	75.7%	66.4%	
Tế bào nhân	96.1%	67.7%	64.2%	
p = 0.048				



**3.4. Có thành phần chế nhày:** Trong nhóm nghiên cứu, không có trường hợp nào đủ tiêu chuẩn chẩn đoán là ung thư biểu mô chế nhày theo định nghĩa của Tổ chức y tế Thế giới (WHO) mà chúng tôi chỉ ghi nhận sự có mặt của thành phần chế nhày trong tổ chức u dựa vào kết quả phân tích vi thể và định nghĩa nhóm này là nhóm có thành phần chế nhày.

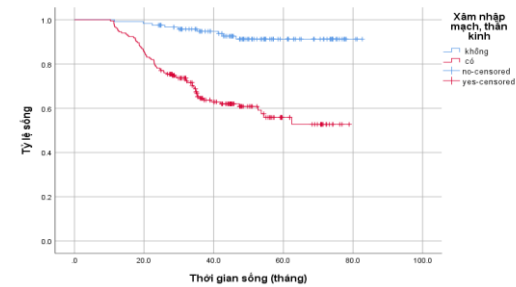
**Biểu đồ 4: Tỷ lệ sống thêm theo sự có mặt của thành phần chế nhày**



Thành phần chế nhày	OS 1	OS 3	OS 5	
Không	97.8%	79.7%	70.6%	
Có	96.7%	73.2%	70.7%	
p = 0.551				

**3.5. Xâm nhập mạch, thần kinh**

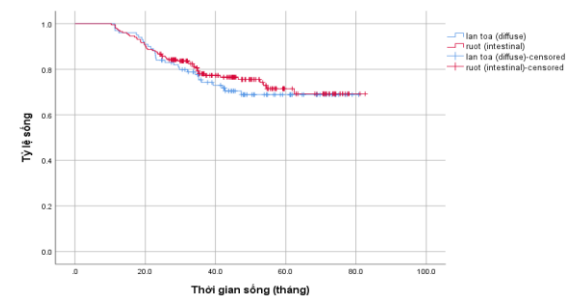
**Biểu đồ 5: Tỷ lệ sống thêm theo xâm lấn mạch, thần kinh**



Xâm lấn	OS 1	OS 3	OS 5	
Có	96.2%	65.2%	55.8%	
Không	99.2%	94.8%	91.2%	
p < 0.05				

**3.6. Phân loại của Lauren:**

**Biểu đồ 6: Tỷ lệ sống thêm theo phân loại của Lauren**



Lauren	OS 1	OS 3	OS 5	
Thể lan toa	96.6%	73.9%	69.1%	
Thể ruột	98.1%	80.4%	72.7%	
p = 0.32				

#### IV. BÀN LUẬN

Thời gian sống thêm sau mổ trung bình của nhóm nghiên cứu là 43.4 tháng với tỷ lệ sống sau 5 năm là 71%. Tỷ lệ này thấp hơn khá nhiều so với một tổng kết mới được công bố gần đây cho giai đoạn 2001 - 2007 tại Nhật trên 118.367 trường hợp với tỷ lệ sống 5 năm sau phẫu thuật triệt để lên tới 94.9% [94.7-95.1] [2] và tương đồng với một thống kê tại Hoa Kỳ với tỷ lệ sống sau 5 năm là 70% đối với ung thư dạ dày giai đoạn khu trú [1]. Kết quả này là cao hơn rất nhiều so với một số báo cáo về theo dõi xa sau mổ ung thư dạ dày như của Đỗ Đức Vân năm 1993 với tỷ lệ sống thêm 5 năm sau mổ cho tất cả các giai đoạn là 18% [3] hay của Trịnh Hồng Sơn năm 1998 với tỷ lệ sống thêm 22 tháng sau mổ là 25% [4]. Sự tiến bộ như trên là nhờ vào sự phát triển của khoa học kỹ thuật giúp làm tăng khả năng chẩn đoán bệnh ở giai đoạn còn có thể can thiệp triệt để cũng như các phương pháp điều trị hỗ trợ. Phân tích riêng cho từng giai đoạn từ 0 tới IIIC cho thấy thời gian sống thêm trung bình và tương ứng là tỷ lệ sống sau 1 năm, 3 năm và 5 năm giảm dần từ 100% (giai đoạn 0) xuống tới 25,9% (giai đoạn IIIC) với khác biệt có ý nghĩa thống kê. Như vậy, giai đoạn bệnh là một yếu tố nguy cơ rõ rệt đối với nguy cơ tử vong xa sau mổ ung thư dạ dày.

Đối với ung thư dạ dày, di căn hạch cũng là một trong những yếu tố tiên lượng quan trọng nhất ở các trường hợp sau phẫu thuật triệt để điều trị ung thư dạ dày. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng nguy cơ tử vong xa sau mổ tăng lên khoảng 18% khi có thêm 01 hạch di căn (OR 1.18 [CI95% 1.09-1.278]  $p < 0.001$ ). Tỷ lệ sống sau 5 năm cũng giảm từ 93.6% ở nhóm không di căn hạch xuống 54.4% ở nhóm di căn 1-2 hạch, 51% ở nhóm di căn 3-6 hạch và 0% ở nhóm di căn 7 hạch trở lên. Mặc dù một vài tác giả báo cáo về tỷ lệ tái phát cao và tiên lượng sống tồi ở nhóm ung thư dạ dày không di căn hạch nhưng đa phần các tác giả chỉ ra tiên lượng của nhóm này tốt hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm di căn hạch. Hochwald và cộng sự [5] đã phân tích dữ liệu về tỷ lệ sống thêm 5 năm sau mổ ung thư dạ dày và thấy rằng di căn hạch là yếu tố tiên lượng mạnh nhất trong 5 năm đầu tiên sau phẫu thuật triệt để điều trị ung thư dạ dày. Nghiên cứu của Ichikura [6] có thời gian sống sau mổ của nhóm di căn dưới 4 hạch dài hơn có ý nghĩa so với di căn trên 4 hạch.

Nghiên cứu trên các đặc điểm mô bệnh học của nhóm nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy rằng mức độ biệt hóa và sự xâm nhập mạch thần kinh

là các yếu tố nguy cơ tới thời gian sống sau phẫu thuật triệt để điều trị ung thư dạ dày, trong khi đó, sự có mặt của thành phần chế nhày hay thể mô bệnh học theo phân loại của Lauren không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm.

Nhiều nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước cũng chỉ ra rằng mức độ biệt hóa càng cao thì tiên lượng càng tốt và nhóm tế bào nhân là nhóm có tỷ lệ sống thêm thấp nhất. Trong nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn [7] về đặc điểm di căn hạch, nhóm biệt hóa kém có tỷ lệ di căn hạch nhiều hơn so với nhóm biệt hóa cao, tương đương với tiên lượng sống kém hơn. Tuy nhiên, nghiên cứu của Fan Feng [8] trên 3090 trường hợp ung thư dạ dày lại chỉ cho thấy sự khác biệt với nhóm giai đoạn III theo phân loại TNM chứ không phải cho toàn bộ nhóm nghiên cứu. Tác giả này thấy rằng mức độ biệt hóa có mối tương quan có ý nghĩa với tuổi, giới, vị trí u, kích thước u, mức độ xâm lấn thành (T), di căn hạch (N) và giai đoạn bệnh nhưng không phải là yếu tố tiên lượng độc lập đối với ung thư dạ dày.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, xâm lấn mạch, thần kinh cũng là một yếu tố tiên lượng với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm có và không có xâm lấn mạch, thần kinh ( $p < 0.05$ ) với tỷ lệ có xâm lấn mạch, thần kinh trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là hơn 60%. Kết quả này tương đương với các kết quả trong nghiên cứu của Dicken năm 2006 về cả tỷ lệ gặp 59.6% và nhận định rằng tình trạng di căn hạch, di căn xa và xâm lấn mạch, thần kinh là các yếu tố tiên lượng đối với khả năng sống còn của người bệnh sau mổ cắt dạ dày với tỷ lệ sống 5 năm sau mổ là 55.9% so với 13.9% ( $p < 0.001$ ) [9].

Phân loại của Lauren được đưa ra lần đầu tiên vào năm 1965 và được chấp nhận một cách rộng rãi trong thực hành lâm sàng với 2 thể chính: thể ruột bắt nguồn từ các tổn thương do viêm mạn tính do HP còn thể lan tỏa thường bắt nguồn từ các tổn thương viêm cấp tính, hoạt động. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, thể ruột gặp nhiều hơn với 51.5% nhưng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai thể về tỷ lệ sống sau 1, 3, và 5 năm ( $p = 0.545$ )

Ung thư biểu mô chế nhày của dạ dày được định nghĩa bởi Tổ chức y tế thế giới (WHO) là các trường hợp ung thư biểu mô tuyến của dạ dày với thành phần chế nhày ở ngoài tế bào chiếm >50% thể tích u. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không ghi nhận trường hợp nào như vậy. Tuy nhiên có 123 trường hợp (40.6%) có

thành phần chế nhày trong phân tích vi thể. Chúng tôi định nghĩa nhóm này là nhóm có thành phần chế nhày và không nhận thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian sống thêm sau mổ ( $p=0.551$ ). Do đó, có thể nói rằng thể mô bệnh học ung thư biểu mô chế nhày không được coi là yếu tố tiên lượng độc lập đối với ung thư dạ dày. Nguyên nhân dẫn đến tiên lượng xấu của nhóm chế nhày có thể do tỷ lệ giai đoạn tiến triển ở thời điểm chẩn đoán cao hơn với các đặc tính sinh học hay mức độ xâm lấn.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 302 trường hợp ung thư biểu mô tuyến dạ dày được phẫu thuật triệt để tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, chúng tôi nhận thấy rằng thời gian sống thêm trung bình là 43.4 tháng với tỷ lệ sống sau 1, 3, và 5 năm tương ứng là 97%, 77% và 71%. Giai đoạn bệnh, số hạch di căn, mức độ biệt hóa và xâm lấn mạch, thần kinh là các yếu tố nguy cơ đối với tỷ lệ sống thêm sau mổ trong khi sự có mặt của thành phần chế nhày và phân loại của Lauren không mang ý nghĩa tiên lượng đối với tỷ lệ này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Howlader N, Noone AM, Krapcho M và cộng sự. (2020).** SEER Cancer Statistics Review, 1975-2017 based on November 2019 SEER data submission, posted to the SEER web site, April 2020, [https://seer.cancer.gov/csr/1975\\_2017/](https://seer.cancer.gov/csr/1975_2017/).

- National Cancer Institute.
2. **H. Katai, T. Ishikawa, K. Akazawa và cộng sự. (2018).** Five-year survival analysis of surgically resected gastric cancer cases in Japan: a retrospective analysis of more than 100,000 patients from the nationwide registry of the Japanese Gastric Cancer Association (2001-2007). *Gastric Cancer*, 21(1), 144-54.
3. **Đỗ Đức Vân (1993).** Điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày tại Bệnh viện Việt Đức (1970-1992). *Y học Việt Nam*, (7), 45-50.
4. **Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Quang Nghĩa (1998).** Đánh giá thời gian sống thêm sau mổ ung thư dạ dày bằng phương pháp Kaplan Meier. *Y học Thực hành*, 7, 44-48.
5. **S. N. Hochwald, S. Kim, D. S. Klimstra và cộng sự. (2000).** Analysis of 154 actual five-year survivors of gastric cancer. *J Gastrointest Surg*, 4(5), 520-5.
6. **T. Ichikura, S. Tomimatsu, Y. Okusa và cộng sự. (1993).** Comparison of the prognostic significance between the number of metastatic lymph nodes and nodal stage based on their location in patients with gastric cancer. *J Clin Oncol*, 11(10), 1894-900.
7. **Trịnh Hồng Sơn, Đỗ Đức Vân (1997).** Đặc điểm di căn hạch bạch huyết của ung thư dạ dày. *Y học Thực hành*, 11, 11-15.
8. **F. Feng, J. Liu, F. Wang và cộng sự. (2018).** Prognostic value of differentiation status in gastric cancer. *BMC Cancer*, 18(1), 865.
9. **B. J. Dicken, K. Graham, S. M. Hamilton và cộng sự. (2006).** Lymphovascular invasion is associated with poor survival in gastric cancer: an application of gene-expression and tissue array techniques. *Ann Surg*, 243(1), 64-73.

## NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Văn Tuấn<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi mắc phải ở cộng đồng tại Bệnh viện Hữu nghị Đa Khoa Nghệ An năm 2021. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực trên 80 bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng điều trị tại Bệnh viện hữu nghị đa khoa tỉnh Nghệ An từ tháng 01/2021 đến tháng 04/2021. **Kết quả:** 60,0% số bệnh nhân đã sử dụng thuốc kháng sinh trước khi vào viện. 100% số bệnh nhân được sử dụng kháng sinh ngay khi vào viện; 82,4% dùng phác

đơn độc và 17,6% được chỉ định phối hợp 2 loại kháng sinh ngay từ ban đầu. Phác đồ ban đầu: kháng sinh nhóm  $\beta$ -lactam được sử dụng nhiều nhất (63,7%): chủ yếu là Cephalosporin thế hệ 3 (40%) và  $\beta$ -lactam/ức chế  $\beta$ -lactamase (21,2%). Trong quá trình điều trị: có 32,8% phác đồ đơn độc ban đầu và 30,8% phác đồ phối hợp 2 kháng sinh ban đầu phải thay đổi phác đồ. Đa số bệnh nhân có thời gian sử dụng kháng sinh là 7-14 ngày (83,7%). Số ngày dùng kháng sinh trung bình là  $9,48 \pm 3,02$  ngày. 35% phác đồ ban đầu và 69,2% phác đồ thay thế phù hợp với hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế. **Kết luận:** Qua nghiên cứu trên bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng cho thấy có một tỷ lệ cao bệnh nhân tự dùng kháng sinh trước khi nhập viện (60,0%). Thời gian dùng kháng sinh trung bình là  $9,48 \pm 3,02$  ngày; 35,0% phác đồ ban đầu và 69,2% phác đồ thay thế phù hợp với hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế. **Từ khóa:** viêm phổi mắc phải cộng đồng, kháng sinh.

\*Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tuấn

Email: tuanminh1975@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 6.8.2021

Ngày duyệt bài: 16.8.2021